



RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE LAS PRACTICAS DE PRIVICIDAD

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ SS#: _____

Direccion: _____

Telefono: _____ Cell#: _____

Contacto de emergencia: _____ Telefono: _____

Reconocimiento de recibo de las Practicas de Privicidad.

Yo, _____, reconosco que e recibido una notificacion de practicas de privicidad de la practica ABG Dental.

Firma: _____ Fecha: _____

*Si un representante personal firma esta autorizacion en nombre de la persona, complete lo siguiente:

Nombre del Representante personal: _____

Relacion al individuo: _____

Fe de buen esfuerzo para obtener reconocimiento de recibo.

- Individuo se nego a firmar
- Otro _____

STAFF SIGNATURE.

Signature: _____ Date: _____

Print name: _____ Title: _____